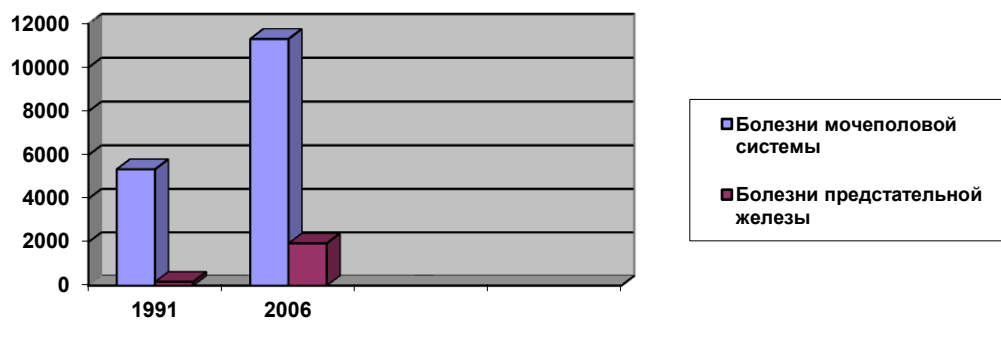


ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ МЕТОДИКИ ЛФК В ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Е.И. Кривицкая, Е.С. Каченкова
СГАФКСТ, Смоленск, Россия

Актуальность. В настоящее время хронический простатит (ХП) занимает первое место в мире по распространённости среди воспалительных заболеваний мужской половой сферы, которое плохо поддается лечению и охватывает 30–58% мужчин. В России за последние 15 лет в 2 раза увеличилось число случаев заболеваний мочеполовой системы и в 10 раз число случаев заболевания предстательной железы (рис. 1). ХП страдает до 35% мужчин трудоспособного возраста (Н.А. Лопаткин, 1998), а у 7–36% из них оно протекает с различными осложнениями со стороны мочевыводящей системы (везикулит, уретрит, стриктура уретры, расстройства мочеиспускания), половой и репродуктивной сферы (орхит, эпидидимит, дисфункция половых желез), снижающими трудоспособность и качество жизни больных.

Заболеваемость на 100 тыс. населения



Годы

Рисунок 1 – Динамика распространения болезней предстательной железы в РФ за последние 15 лет

В результате плохо пролеченный ХП, частота случаев которого среди мужчин репродуктивного возраста (от 20 до 40 лет) составляет 35–65%, становится еще одной из причин мужского бесплодия, которое за последние 15 лет увеличилось в 3, 2 раза (с 14/100 тыс. населения в 1991 г. до 45/100 тыс. населения в 2006 г.). У 43 % лиц, имеющих хронический простатит в анамнезе, происходит перерождение в доброкачественную опухоль – аденому предстательной железы, у 4% – аденома перерождается в рак предстательной железы(5). Поэтому разработка эффективных методов профилактики обострений ХП и его грозных осложнений является важной народнохозяйственной задачей.

В этиологии простатитов различают две группы действующих факторов – инфекционные и застойные. Среди инфекционных факторов следует иметь в виду бактерии, вирусы, микоплазмы, грибы. Из причин, вызывающих застойные простатиты, можно назвать прерванное половое сношение, половые излишества и извращения, отсутствие регулярности в половой жизни, половую абстиненцию(3).

Причинами абактериального типа простатита является: подъем тяжестей, при котором при наполненном мочевом пузыре, когда происходит заброс мочи в простату, вызывая тем самым воспаление в ней; интерстициальный цистит, раньше чаще диагностируемый как причина хронической тазовой боли у женщин, а теперь все чаще проявляется у мужчин; физическая активность, связанная с велосипедным спортом и верховой ездой, которая становится причиной возникновения раздражения в простате; спазм тазовых мышц. Мочеиспускание в условиях дискоординации с мышцами тазового дна (при их спазме) повышает давление в простате, что способствует ее воспалению(1).

Проблема диагностики и лечения ХП, как бактериального, так и небактериального, остаётся нерешённой до сих пор, несмотря на многовековую историю его изучения (Herophilus впервые описал предстательную железу, как орган, около 350 г. до н.э., а Legneau в 1815 году опубликовал свои наблюдения за воспалительным процессом в простате). За последние два десятилетия увеличилась заболеваемость хроническим простатитом бактериального происхождения.

Особенностями современных форм ХП являются латентное течение заболевания и его осложнения в виде бесплодия, половых расстройств, что связывают с нарушением гигиены половой жизни, ролью урогенитальных атипичных микроорганизмов, передаваемых половым путем: хламидий, микоплазм, уреаплазм и др. Только в США число визитов к врачу по поводу простатита составляет примерно 2 млн. в год. В нашей стране, в связи с имеющимися социальными предрасудками, больные чаще обращаются за помощью к урологу в запущенной стадии болезни(4).

Простатит оказывает значительное негативное влияние на качество жизни, ассоциируется со снижением сексуального желания, эректильной дисфункцией и преждевременной эякуляцией(3). К сожалению, врачи обычно недооценивают значение этих расстройств, не опасных для жизни, но часто касающихся таких ежедневных функций, как мочеиспускание, сексуальная и спортивная активность. Прежде всего, больным необходимо изменить образ жизни пациента, устранив влияние многих вредных факторов, таких как гиподинамия, алкоголь, нормализовать половую жизнь и т.д. Такой ступенчатый подход к лечению заболевания позволяет контролировать его эффективность на каждой стадии, внося необходимые изменения, а также бороться с болезнью по тому же принципу, по которому она развивалась, от предрасполагающих факторов к производящим.

В области урологии по поводу форм острого и хронического простатита сделано многое, однако этим проблема не решается. Терапия острого простатита подразумевает применение антибиотиков не менее четырех недель, лечение же ХП намного сложнее и комплекснее. Во-первых, требуется частая смена антибиотика, чтобы не произошло привыкание к нему возбудителя. Во-вторых, любой предшествовавший эпизод обострения простатита завершается микро- и макрорубцеванием, снижающим проникновение антибиотика в очаги инфекции. Применяемые при лечении больных хроническим простатитом антибиотики и химиопрепараты могут еще более ухудшить фертильные свойства спермы, возникающих вследствие нарушения функции яичек и изменения биохимических свойств секрета предстательной железы, при этом отмечается увеличение числа патологически измененных форм сперматозоидов (олиго- и некроспермия) (6).

Лечение простатита длительное (а не от обострения к обострению), многоэтапное, индивидуальное, комплексное, при этом на ранних этапах заболевания придается важное значение физической реабилитации. Поэтому огромное влияние оказывают физические упражнения специального комплекса лечебной гимнастики, способствующие естественному оттоку сока простаты.

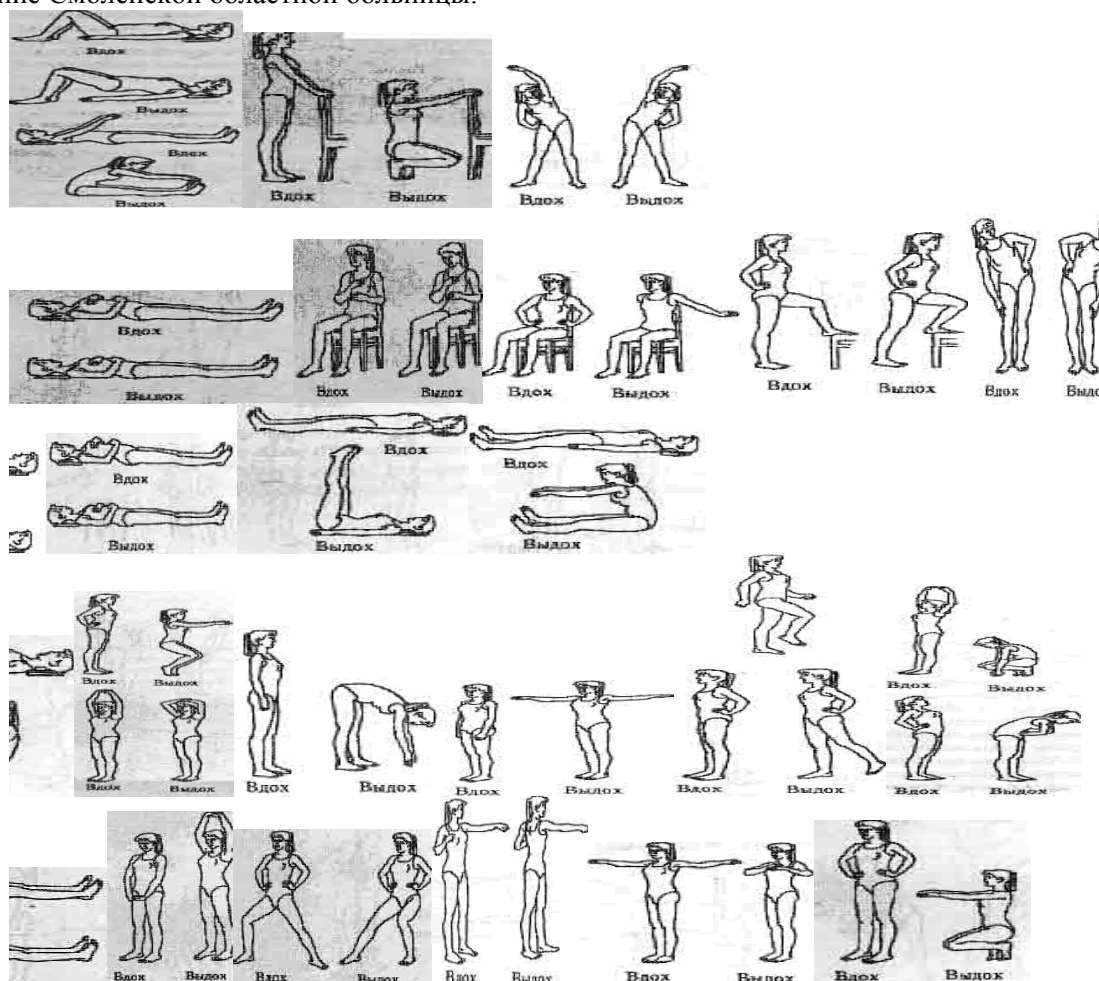
Целью исследования явилось разработка и внедрение комплексной методики ЛФК, способствующей ликвидации воспалительного процесса в предстательной железе и профилактике обострений при хроническом простатите.

Задачи исследования.

1. Изучить особенности заболеваемости простатитом среди населения смоленской области;
2. внедрить комплекс методик ЛФК, способствующий снижению развития заболеваемости простатитом и улучшения функциональных показателей мочеполовой системы.

Методы исследования: анализ литературы и медицинской документации, анкетирование по шкале оценки симптомов ХП (NIH-CPSI), предложенной Национальным институтом здоровья США, методы функциональной диагностики (компьютерная урофлоуметрия), математико-статистические методы.

Организация исследования. Исследовательской базой исследования явилось урологическое отделение Смоленской областной больницы.



В эксперименте участвовало в разное время 40 больных в возрасте 30–45 лет, среди которых были сформированы группы наблюдения: экспериментальная группа (ЭГ, 20 человек), занимавшиеся по комплексной методике ЛФК и контрольная группа (КГ, 20 человек), не занимавшиеся ЛФК. Комплекс методик ЛФК для больных простатитом был составлен из авторских разрозненных методик, разработанных в разное время различными авторами, (Бутченко Л.А., Тиктинский О.Л., Зайцева К.Б., 1995 г.; Епифанов В.А., Бутченко Л.А., Зайцева К.Б., 2004 г), (приложение). Контроль эффективности использования физических упражнений осуществлялся традиционно с анализом ретроспективных данных, субъективных оценок состояния больного (анкетирования), общеклинических методов исследования и методов функциональной диагностики. Следует отметить, что все больные получали антибактериальную терапию в связи с наличием бактериальной флоры в простате

Результаты исследования. За последние 11 лет заболеваемость мочеполовой системы среди взрослого населения Смоленской области (составляющей в структуре общей заболеваемости 6,9%) выросла на 21%, а среди детского населения – на 122,6% (табл.1), что требует внедрения мер профилактики ХП с детского возраста. Учитывая, что среди населения области резко снизилась заболеваемость венерическими болезнями (гонореей – на 95%), то рост заболеваемости простатитом, как среди мужского населения области, так и в целом по России (рис.1, 2), в большей степени обусловлен предрасполагающими средовыми факторами (переохлаждение, запоры, работа в сидячем положении, малоподвижный образ жизни) неинфекционными (средовыми) факторами. Несмотря на значительно меньшую в 1,8 раза, чем по России, заболеваемость раком предстательной железы (РПЖ) (соответственно 10,8/ на 100 тыс. в Смоленской области и 19,1/на 100 тыс. населения в РФ), летальность от этого заболевания оказалась выше на 1,1 раза, что свидетельствует о серьезных проблемах диагностики РПЖ, наблюдении больных с аденомой предстательной железы и вторичной профилактики ХП. Важно отметить, что, в условиях, когда причиной ХП становятся не столько перенесенные и плохо леченные венерические и урологические заболевания, сколько средовые факторы, то для оздоровления больных становится более эффективным применение естественных для человека средств гигиены и физической реабилитации.

Таблица 1 – Заболеваемость мочеполовой системы среди взрослого населения Смоленской области за 11 лет (на 100 тыс. населения)

Годы	1995	2006	Прирост, %
Заболеваемость мочеполовой системы, тыс.	39	47,5	+21,7
Заболеваемость мочеполовой системы у детей, тыс.	1,06	2,4	+122,6
Заболеваемость населения гонореей, тыс	1,17	0,049	– 95,8

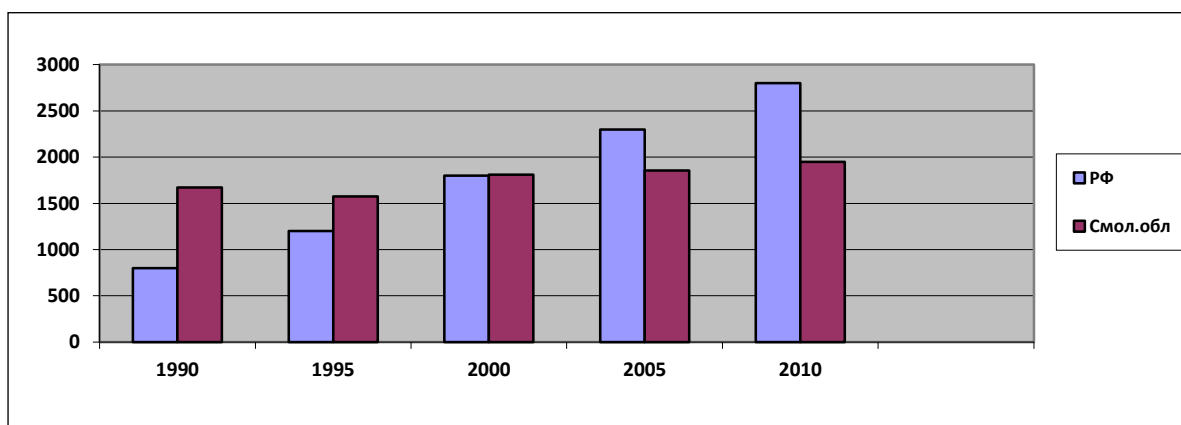


Рисунок 2 – Динамика абсолютной заболеваемости хроническим простатитом среди населения России и Смоленской области за 20 лет

При анкетировании выявлено значительное снижение субъективных признаков болезни и жалоб у 5–30% больных в процессе применения дополнительных занятий по комплексной методике ДКМХП (табл. 2).

Таблица 2 – Результаты анкетирования больных по шкале оценки симптомов ХП (NIH-CPSI)

№	Частота симптомов за 1 мес. в 50% случаев	КГ n=20	ЭГ n=20	Улучшение, %
1	Рези при мочеиспускании	6 (30%)	1(5%)	25
2	Дискомфорт над лоном	2(10%)	1(5%)	5
3	Неприятные ощущения над лоном	4(20%)	–	20
4	Болезненный оргазм	3(15%)	–	15
5	Неприятные ощущения в крестце и пояснице	5(25%)	2(10%)	15
6	Неприятные ощущения в промежности	3(15%)	–	15
7	Неприятные ощущения в головке полового члена	2(10%)	–	10
8	Недержание мочи	4 (20%)	1(5%)	15
9	Ночные акты мочеисп-ния	7 (35%)	4 (20%)	15
10	Задержка мочи по утрам	8(40%)	2(10%)	30

Изменилась структура симптоматики ХП у больных в процессе дополнительных занятий: увеличилась доля больных ЭГ со слабо выраженной симптоматикой с 5% до 40% и снизилась доля больных ЭГ с выраженной симптоматикой с 15% до 5% (рис.4)

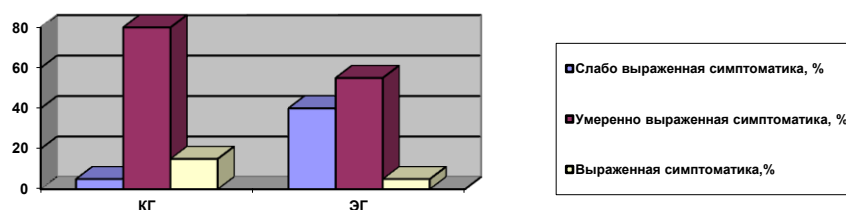


Рисунок 3 – Изменение структуры симптоматики хр. простатита у больных в процессе занятий ЛФК

При объективных исследованиях отмечена положительная динамика показателей компьютерной урофлоуметрии среди дополнительно занимающихся больных (рис.3). Достоверно снизилась скорость мочеиспускания в 1,3 раза ($p<0,05$), уменьшилась в 4,5 раза продолжительность прерывистого мочеиспускания ($p<0,01$) и увеличился в 2 раза объем выделяемой мочи ($p<0,01$) (табл.2).

Таблица 3 – Динамика уродинамических показателей в результате внедрения комплексной методики ЛФК при хр. Простатите

Группы наблюдения	Средняя скорость моч-я, мл/с (10,4–14,5)	Продолжительность моч-я, с (не более 20,9)	Максимальная скорость моч-я, мл/с (15)	Прерывистое моч-е, с (нет)	Объем выдел. мочи, мл (200–400)	Время задержки мочи, с (нет)
КГ n=20	9,7±1,6	32,4±12,0	9,9±2,7	5±1,4	195,5±43,4	10,6±4,0
ЭГ n=20	12,5±2,4	22,3±5,9	14,4±3,6	1,1±0,6	241,8±40,0	5,7±2,0
t	2,2	1,1	1,67	2,8	4,3	1,75
p	$p<0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p<0,01$	$p<0,01$	$p>0,05$

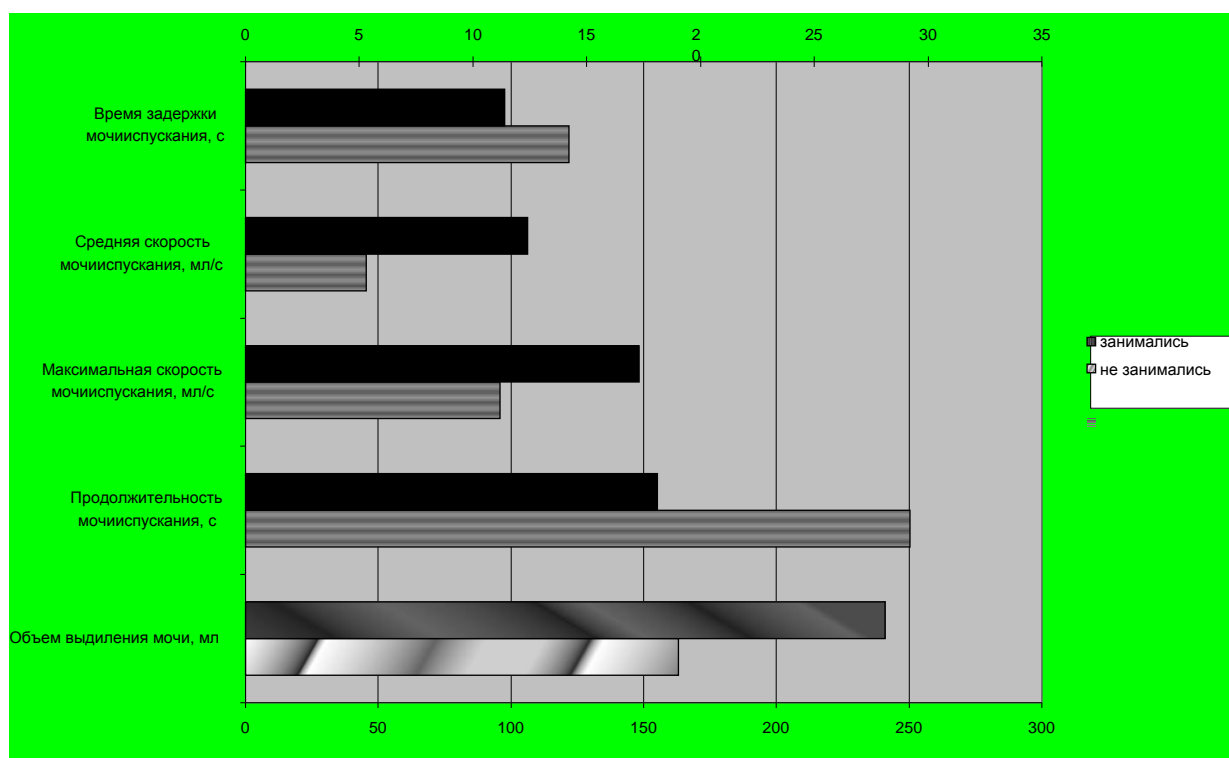


Рисунок 4 – Динамика показателей компьютерной урофлоуметрии в процессе дополнительных занятий по комплексной методике

Выводы: 1.применение дополнительной комплексной методики снижает остроту субъективных болезненных проявлений и выраженность симптоматики у больных ХП на стационарном этапе лечения.

2. Объективные исследования с помощью компьютерной урофлоуметрии достоверно подтверждают улучшение в 1,3–4,5 раза функций мочевыделения процессе дополнительных занятий по комплексной методике ЛФК

Приложение

ЛФК ПРИ ПРОСТАТИТЕ №1 (БУТЧЕНКО Л.А., ТИКТИНСКИЙ О.Л., ЗАЙЦЕВА К.Б.) 1995 г.

1. И.П.–лежа. Диафрагмальное дыхание. 6–8 раз
2. И.П.–лежа, руки вверх, слегка прогнуться. Руками охватить и сжать грудь–выдох. 4–6 раз
3. И.П.–лежа, согнуть колени. Повернуть колени вправо–выдох, потом влево–выдох. 4–6 раз в каждую сторону.
4. И.П.–лежа, согнуты колени. Поднять кверху таз и удержать на 2–3 секунды–выдох. 4–8 раз
5. И.П.–лежа, руки приподняты. Сесть, коснуться пальцами носков–выдох, вначале с опорой рук. 3–8 раз
6. И.П.–лежа, глубокое брюшное дыхание под контролем рук. 4–6 раз
7. И.П.–стоя, с опорой приподняться на носки–вдох. Присесть, держась за стул–выдох. 4–6 раз
8. И.П.–стоя, руки в кулак. Глубокий поворот туловища вправо–вдох, то же влево. 3–5 раз в каждую сторону
9. И.П.–стойка «смирно». Руки вперед–вдох. 4–5 раз
10. Дыхание спокойное, глубокое. Ходьба в среднем, привычном темпе на месте. 2–3 минуты
11. И.П.–стоя, руки сзади, сплести пальцы. Отвести руки назад, подняться на носки–вдох. Опустить руки, слегка наклониться вперед, опуститься на пятки. 4–6 раз
12. Глубокое дыхание под контролем рук до полного восстановления числа ударов пульса и дыхания

ЛФК ПРИ ПРОСТАТИТЕ №2(средний)

1. И.П.–сидя, дыхание под контролем рук. Обе руки должны подняться вместе с грудной клеткой и животом–вдох. Обе руки помогают опуститься грудной клетке и втянуться мышцам живота–выдох. 4–8 раз

2. И.П.–сидя, руки на бедра. Руки в стороны, слегка прогнуться–выдох. 5–6 раз
3. Поставить ногу на стул, руки на бедра. Согнуть до отказа ногу в колене и пригнуться–выдох. 3–5 раз каждой ногой.
4. И.П.–стойка «смирно». Наклоны туловища вправо и влево с движением рук вдоль туловища–выдох. 4–8 раз в каждую сторону
5. И.П.–лежа, руки вдоль туловища. Согнуть ноги, обхватив их руками–выдох. 6–8 раз
6. И.П.–лежа. Диафрагмальное дыхание. 4–6 раз
7. И.П.–лежа, согнуты колени. Сесть, обхватив руками колени–выдох. 6–8 раз
8. И.П.–стоя, руки на бедра. Полуприседание, руки вперед. 6–10 раз
9. И.П.–стоя, руки на голову. Руки вверх, пальцы сцеплены, ладони вывернуты вверх –выдох. 5–6 раз
10. И.П.–стоя, ноги врозь. Наклон вперед, колени прямые, достать пальцами пол–выдох. 6–8 раз
11. И.П.–стойка «смирно». Руки в стороны–выдох. Дышать ровно. 6–8 раз
12. Ходьба на месте. 1–3 минуты
13. И.П.–стоя, руки на бедра. Потряхивание поднятой ногой, правой и левой попеременно. Выполнить 4 раза каждой.
14. И.П.–лежа, глубокой дыхание под контролем рук до восстановления спокойного дыхания. 8–12 раз.

Литература:

1. Бутченко, Л.А.. Восстановительная медицина. Справочник. М.1995. С.45–48.
2. Евграфов И.Е Физическое состояние и здоровье мужчин второго зрелого возраста, занимающихся по программе физкультурно–оздоровительной направленности//Теория и методика физической культуры/ И.Е.Евграфов,
3. Мазо Е.Б., Чепуров Д.А., современная методика в распознавании симптомов нижних мочевых путей. Урология. 2003. №3. С. 15–16.
4. Коган М.И., Киреев А.Ю. Сексуальность мужчины и развитие доброкачественной гиперплазии простаты. Consilium Medicum 2009; 11 (7): 75–79.
5. Политика и стратегия профилактики заболеваний и укрепления здоровья/Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.–2009.– № 1.– С. 4–9.
6. Состояние здравоохранения и здоровья населения Смоленской области в 2007 году: стат. Сборник.– Смоленск, 2008.–
7. Щетинин В.В., Зотов Е.А. Простатит. М.: Медицина; 2003. С.13–17